ESSAI

N.° 74.

SUR LES

VICES DE CONFORMATION DU BASSIN,

QUI PEUVENT RENDRE

L'ACCOUCHEMENT LABORIEUX OU IMPOSSIBLE,

ET SUR

LES DIVERS MOYENS PROPRES A LES SURMONTER.

Tribut Académique,

Présenté et publiquement soutenu à la Faculté de Médecine de Montpellier, le 5 Août 1817;

Par ANTOINE-PAUL LAUTIER,

Natif du BAR, département du Var,

Bachelier ès-lettres, ex-Chirurgien externe de l'Hôpital civil et militaire Saint-Éloi de Montpellier.

POUR OBTENIR LE TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

> *Non opinandum, sed certò et ostensivè sciendum; neque disputandum, sed experiendum, quid natura faciat aut ferat.* BAGLIVI.

A MONTPELLIER,

Chez JEAN MARTEL AÎNÉ, Seul Imprimeur de la Faculté de Médecine, près l'Hôtel de la Préfecture, n.° 62.

1817.

A Monsieur

Jean-Baptiste LAUTIER,

Prêtre, Recteur de la Paroisse de Callian,

MON ONCLE ET MON MEILLEUR AMI.

De combien ne vous suis-je pas redevable, mon cher Oncle? *Vous avez pris soin de mon enfance; vous avez dirigé mes premiers pas dans la carrière des sciences et de la vertu; c'est à vous que je dois une instruction solide dont je connais à présent tout le prix. Dans toutes les occasions, vous m'avez aidé de vos conseils et vous m'avez comblé de bontés qui m'ont souvent fait oublier un père que j'ai à peine connu. Aussi combien de fois ne me suis-je pas dit: j'ai encore un père; c'est à lui que je dois l'attachement d'un fils; si je ne puis lui rendre tous les bienfaits que j'en ai reçus, du moins je ne serai jamais un ingrat, et toute ma vie je lui resterai inviolablement attaché par un double sentiment d'amour et de reconnaissance!*

A MA MÈRE,

Marg.te BREZET veuve LAUTIER.

Je viens de recevoir, enfin, ô la plus tendre des Mères, *le titre auquel j'aspirais depuis ma plus tendre enfance. Je le dois et à vos bontés et à vos sollicitudes maternelles. Recevez, je vous prie, ce premier fruit de mes travaux, hommage d'un fils sensible et reconnaissant.*

A.-P. LAUTIER.



ESSAI

SUR

LES VICES DE CONFORMATION DU BASSIN,

QUI PEUVENT RENDRE

L'ACCOUCHEMENT LABORIEUX OU IMPOSSIBLE,

ET SUR

LFS DIVERS MOYENS PROPRES A LES SURMONTER.

Soit qu'il s'agisse d'une fille qui se destine au mariage, et dont la mauvaise conformation extérieure laisse des craintes sur l'état du bassin ; soit qu'il s'agisse d'une femme enceinte, et sur le point d'accoucher ; la question de savoir, si l'une ou l'autre est bien conformée, est également importante et nécessaire, puisque le jugement qu'en porte le médecin peut influer sur la vie de l'une ou de l'autre, et même sur celle de deux individus à la fois.

Quelle attention ne méritent donc pas, de la part de l'accoucheur, les vices de conformation du bassin ; si, d'un côté, il peut par ses conseils éviter des douleurs effrayantes et même la mort à une jeune femme qui va imprudemment s'engager dans les liens conjugaux ; et si, de l'autre, il peut aider la nature et même y suppléer, lorsque l'accouchement est laborieux ou impossible!

Pour mettre de l'ordre dans mon travail, je le diviserai en trois paragraphes : je dirai, dans le premier, ce que c'est que le bassin de la femme, et quelles sont les conditions nécessaires pour sa bonne

conformation. Dans le second, je parlerai des maladies qui peuvent donner au bassin une configuration vicieuse, et des degrés plus ou moins grands de cette mauvaise conformation. Dans le troisième, enfin, je passerai en revue les divers moyens que l'on doit mettre en usage pour les surmonter.

§. I.er

Le bassin, considéré isolément des parties molles qui l'environnent de toutes parts, est ce canal osseux, cette excavation formée par la réunion des deux os innominés, du sacrum et du coccix. Il est situé au-dessous de la colonne épinière dont il forme la base, et au-dessus des extrémités inférieures avec lesquelles il s'articule ; son nom en indique assez la forme : il a été divisé en grand et en petit bassin. Le grand bassin, formé par les fosses iliaques, n'est pas la partie qu'il importe le plus de bien connaître : aussi n'entendrons-nous parler que du petit bassin, lorsque nous écrirons seulement le mot Bassin.

L'anatomie nous y fait voir deux endroits où se remarquent presque toujours les vices de conformation : on aperçoit le premier au commencement du bassin, entre la partie supérieure de l'os sacrum qui avance en-dedans, et la partie supérieure des os pubis ; on lui a donné le nom de détroit supérieur. Le second est situé au bas du bassin, entre le coccix et les tubérosités ischiatiques ; il a été appelé détroit inférieur.

L'on a voulu avoir la mesure de ces détroits sur un bassin bien conformé, afin de pouvoir la comparer au besoin avec celle qui se trouve quelquefois sur un bassin mal conformé, et déterminer le degré de viciation qui existe chez ce dernier. Pour cela, on a mené de divers points de la circonférence de ces détroits, à d'autres points diamétralement opposés, des lignes appelées diamètres, et dont la condition essentielle est qu'ils passent tous par le point central de la cavité du bassin, point central par où passe aussi l'axe du bassin.

On distingue au détroit supérieur quatre diamètres : le plus petit,

dont la longueur est en général de quatre pouces, s'étend du milieu de la saillie du sacrum à la partie supérieure et interne de la symphyse du pubis; on l'a appelé sacro-pubien antéro-postérieur. Le plus grand ou transverse passe d'un côté à l'autre du détroit, et a pour l'ordinaire 5 pouces. Les deux autres, appelés obliques, s'étendent diagonalement de l'une des cavités cotyloïdes à la symphyse sacro-iliaque opposée; ils ont pour l'ordinaire 4 pouces 1/2 chacun.

On remarque également quatre diamètres au détroit inférieur; leur longueur est ordinairement de 4 pouces: cependant celui qui va d'une tubérosité de l'ischion à l'autre, est quelquefois un peu plus étendu que celui qui va de la pointe du coccix au bas de la symphyse du pubis.

Outre les deux détroits dont nous venons de parler, on trouve encore dans le bassin une excavation provenant de la courbure du sacrum; cette excavation mérite la plus grande attention, parce qu'elle contribue beaucoup à l'accouchement.

La cavité du bassin n'est pas également profonde partout; elle est pour l'ordinaire de 4 à 5 pouces en arrière, de 3 1/2 sur les côtés et 1 1/2 en avant.

L'arcade du pubis est arrondie dans sa partie supérieure; et sa largeur, qui n'est alors que de 15 à 20 lignes, augmente insensiblement en descendant, et acquiert une largeur quelquefois de plus de quatre pouces; sa hauteur est d'environ 2 pouces.

Le bassin de la femme diffère de celui de l'homme par une capacité plus grande, provenant de la forme des os qui le composent; chez la femme, en effet, le sacrum présente plus de convexité à la face postérieure; les os ilium sont plus creux en-dedans, plus convexes en-dehors; les ischions sont également plus en-dehors, et leurs tubérosités plus écartées. Les os pubis, chez la femme, présentent plusieurs avantages: ils sont plus éminens en-dehors, et rendent la capacité du bassin d'autant plus grande; ils s'unissent en haut par une plus petite étendue, et par un cartilage plus mou et plus épais. Les parties qui forment le coccix sont réunies par des cartilages plus mous et plus épais que chez l'homme, ce qui les rend

plus mobiles et plus faciles à être repoussées au-dehors à l'époque de l'accouchement.

Quels avantages ne résulte-t-il pas de ces dispositions des os du bassin dans une femme bien conformée? Que de dangers évités, que de douleurs épargnées! Mais cela n'est pas toujours ainsi, et nous ne voyons malheureusement que trop de cas où la conformation du bassin est viciée, et à tel point que l'accouchement est de toute impossibilité, si l'art ne vient pas au secours de la nature. Cependant, avant de parler des principaux vices de conformation du bassin, voyons s'il existe des signes extérieurs à l'aide desquels on puisse les reconnaître.

A l'aspect d'une femme et à l'aide du tact extérieur, un praticien, exercé dans ces sortes d'opérations, peut jusqu'à un certain point, juger de la bonne ou de la mauvaise conformation du bassin, quoique revêtu de toutes les parties molles qui l'environnent: ainsi l'on a donné, comme signe d'une bonne conformation, des hanches bien arrondies, bien égales, tant en hauteur qu'en largeur, le pubis convexe, la partie postérieure et supérieure du sacrum déprimée, une étendue de 4 à 5 pouces du centre de cette dépression à l'extrémité du coccix, une épaisseur de 7 pouces environ de l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre lombaire jusqu'au milieu du mont-de-Vénus; enfin, 8 à 9 pouces d'écartement entre les épines antérieures et supérieures des os des îles.

On regarde comme signes d'une conformation vicieuse: l'irrégularité des hanches, une distance beaucoup moindre ou beaucoup plus grande entre les épines antérieures et supérieures des os des îles, la forme trop élevée ou trop aplatie du pubis, la chute des reins plus profonde, la grande convexité du sacrum en arrière, la flexion, enfin, de la colonne lombaire de l'un ou de l'autre côté. On peut jusqu'à un certain point connaître, par les caractères extérieurs, à quel endroit et dans quel diamètre le bassin est vicié: ainsi le pubis est-il moins saillant que dans l'état naturel, la partie postérieure du sacrum plus renfoncée; le détroit supérieur sera resserré dans son diamètre sacro-pubien. Le pubis, au contraire, se porte-

t-il trop en avant ; le diamètre transversal est vicié. L'une des aînes paraît-elle plus déprimée que l'autre; un seul côté de ce même diamètre est en défaut. Enfin, lorsque la pointe du coccix se porte en-dedans, c'est le détroit inférieur qui est resserré d'avant en arrière; tandis que ce même détroit a augmenté en largeur, lorsque le coccix se jette en-dehors ou vers la partie postérieure.

Ces signes que tout accoucheur doit parfaitement connaître, ne laissent pas, quoique vrais dans la plupart des cas, d'induire quelquefois en erreur, ainsi que M. Baudelocque et d'autres célèbres praticiens nous en donnent des exemples. Quand bien même ces signes nous indiqueraient, d'une manière sûre, qu'un bassin est mal conformé, ils ne nous apprendraient jamais à quel degré ; ce qui est d'autant plus nécessaire à savoir, que c'est cette connaissance seule qui nous porte à décider si l'accouchement pourra se faire par les seuls efforts de la nature, ou bien si c'est l'art qui doit l'opérer ; et dans ce dernier cas on cherche les moyens qui doivent être mis en usage.

Les accoucheurs connaissant donc l'insuffisance des caractères extérieurs, ont imaginé divers instrumens, dont les plus usités sont le pelvimètre de Coutouly et le compas d'épaisseur. Le premier se développe dans l'intérieur, et le second s'applique à l'extérieur du bassin. Si j'avais à faire un choix de ces deux instrumens, je préférerais sans balancer le dernier, et cela par plusieurs raisons : la première, c'est que les femmes, en général, ne veulent point se soumettre à un pareil examen ; la seconde, que le compas d'épaisseur est moins douloureux, plus facile à appliquer et aussi exact que l'autre ; la troisième, enfin, c'est que ce dernier instrument peut servir chez les filles non-déflorées, aussi bien que chez les femmes enceintes.

Pour avoir la mesure exacte du bassin, on prend donc le compas d'épaisseur, et après avoir fait situer la femme convenablement, on commence par mesurer le diamètre antéro-postérieur, comme le plus facile et le plus nécessaire. On place, pour cela, les branches du compas d'épaisseur sur le milieu de la base du sacrum posté-

rieurement, et sur les parties qui recouvrent la symphyse du pubis antérieurement. Cette épaisseur, chez une femme bien conformée, est ordinairement de 7 pouces. On retranche de ce produit 3 pouces, savoir, 2 pouces 1/2 pour l'épaisseur du sacrum, et 1/2 pouce pour celle de l'extrémité antérieure du pubis, il reste 4 pouces pour la longueur du diamètre sacro-pubien. Si l'embonpoint de la femme était considérable, on retrancherait une ou deux lignes de plus de l'épaisseur obtenue par le compas.

Le doigt introduit dans le vagin, ainsi que nous le fait observer M. Baudelocque, peut, dans quelques cas, suppléer au compas d'épaisseur pour mesurer le même diamètre. Pour cela, on porte l'extrémité du doigt indicateur à la partie supérieure du sacrum, au milieu de la saillie que cet os fait vers l'intérieur du bassin; on relève ensuite le poignet jusqu'à ce que le bord radial du doigt touche au bord inférieur de la symphyse du pubis; on porte le doigt indicateur de l'autre main au point de contact, et la longueur de ce point à l'extrémité du doigt indique celle de la saillie du sacrum au pubis.

Si ce diamètre est de tous le plus facile à mesurer, il est aussi celui dont il importe le plus d'avoir la connaissance la plus exacte; car l'on a observé, en général, que lorsqu'il a toute la longueur requise, il est extrêmement rare que le transverse, les obliques, et même ceux du détroit inférieur ne l'aient aussi.

Pour mesurer le diamètre tranversal du détroit supérieur, on porte les branches du compas d'épaisseur sur les épines antérieures et supérieures des os des îles. On doit trouver une distance de 9 pouces si la femme est bien conformée; on en retranche 4 pour les parties molles et dures, et les 5 qui restent sont la mesure de ce diamètre.

Les diamètres obliques sont plus difficiles à obtenir. M. Gardien conseille de placer les branches du compas sur les grands trochanters de chaque côté; il dit que cette étendue est ordinairement de 9 pouces. Il évalue à 4 pouces 1/2 l'épaisseur des parties molles et dures, et il reste 4 pouces 1/2 pour la longueur de chacun de ces diamètres.

On acquiert la mesure des diamètres situés au détroit inférieur à l'aide des doigts. Ces diamètres, comme nous en donnerons la preuve plus bas, doivent être en raison inverse de ceux qui se trouvent au détroit supérieur; c'est-à-dire que dans le plus grand nombre de cas, lorsque le détroit supérieur est trop resserré, l'inférieur est très-large, et *vice-versâ.*

Pour avoir la longueur du diamètre qui va du coccix au pubis, on porte l'extrémité du doigt indicateur sur la pointe du coccix pour la repousser en arrière; pendant ce temps, on applique le bord radial de ce même doigt contre le bord inférieur de la symphyse du pubis, et la distance du point de contact à l'extrémité du doigt donne la mesure de ce diamètre.

Après avoir atteint les deux tubérosités ischiatiques, on apprécie aisément l'étendue du diamètre transverse à l'aide des doigts. Il importe, pour plus de facilité, de faire placer les cuisses de manière que les muscles nombreux qui s'attachent aux tubérosités de l'ischion soient dans un état de relâchement.

Les longueurs réunies du sacrum et du coccix, font connaître la profondeur du bassin postérieurement. La moitié de la longueur qui existe entre l'épine antérieure et supérieure, jusqu'à la tubérosité ischiatique du même côté, donne la mesure de l'élévation du bassin sur ses parties latérales. Par l'introduction d'un ou de plusieurs doigts dans le vagin, et par une grande attention, on peut juger jusqu'à un certain point de la hauteur et de la largeur de l'arcade du pubis, ainsi que de l'écartement des tubérosités ischiatiques.

§. II.

Puisque nous savons à présent ce que c'est que le bassin d'une femme, que nous en connaissons les parties les plus essentielles, et les dimensions qu'elles doivent avoir pour être propres à livrer passage à l'enfant, voyons ce que l'on doit entendre par vices de conformation ; quelles sont les maladies qui les occasionnent le plus souvent, et quels sont les différens degrés de ces mêmes vices.

On entend par vice de conformation, tout état contre-nature du bassin qui peut rendre l'accouchement laborieux ou impossible.

Le bassin peut être vicié ou par excès ou par défaut de largeur. Il semble, au premier coup-d'œil, qu'il est absurde de dire qu'un bassin est en défaut, parce qu'il est très-large ; on croirait plutôt, que plus il est spacieux, moins la tête de l'enfant doit éprouver des difficultés à son passage, et moins aussi il doit nécessiter des efforts et des douleurs à la mère pour l'expulser au-dehors. Mais que l'on sera loin de penser ainsi, si l'on fait attention : 1.° que, pendant la grossesse, la femme ainsi conformée est éminemment exposée à l'obliquité de la matrice, obliquité qui, portée à un certain point, mérite la plus grande attention de la part de l'accoucheur, puisque l'accouchement n'est quelquefois long et laborieux que parce qu'on a négligé d'abord de remédier à cet accident ; 2.° si l'on réfléchit que, pendant les quatre premiers mois, et surtout vers la fin de la grossesse, la matrice plonge trop dans le vagin et empêche par sa pression la sortie des matières fécales et celle des urines ; 3.° que l'accouchement se fait d'une manière trop prompte, et que les pertes par inertie, ainsi que les affections qui en sont la suite, offrent quelquefois les plus grands dangers ; 4.° enfin, si l'on se met dans l'idée que la matrice est souvent entraînée au-dehors du vagin avec l'enfant, et donne lieu à cet accident, quelquefois très-fâcheux, appelé descente de matrice. Mais, quelque graves que soient ces accidens, ils ne sont pas à comparer avec ceux qui dépendent de l'étroitesse du bassin. Parmi ces derniers, les uns sont relatifs et dépendent du volume de la tête de l'enfant ; les autres sont propres et dépendent de la configuration vicieuse du bassin. Il n'est pas de mon sujet de m'occuper des premiers.

Le rachitis, l'ostéo-sarcose et la syphilis sont les principales maladies qui donnent lieu aux vices de configuration du bassin. Le vice rachitique, surtout, attaque le plus souvent les os du bassin et les affecte d'une manière plus particulière ; car cette maladie survenant pendant l'enfance, et lorsque les os n'ont pas

encore acquis le degré de fermeté nécessaire pour supporter le poids du corps, il arrive que ces mêmes os s'affaissent sur eux-mêmes, et changent plus ou moins de forme selon le degré d'intensité de la maladie : aussi observe-t-on ordinairement que le détroit snpérieur, et surtout son diamètre antéro-postérieur, souffrent le plus de cet affaissement : le sacrum ne pouvant résister au poids qu'exerce sur sa base la colonne vertébrale, est obligé de venir faire saillie en-dedans ou en arrière, selon la direction des mouvemens du corps; pour lors on voit, le plus souvent, qu'à mesure que le sacrum fléchit en avant ou en arrière par sa base, sa pointe et le coccix qui lui est uni sont obligés, et cela par une raison purement mécanique, de suivre une marche absolument inverse. Voilà pourquoi il arrive si rarement que le détroit inférieur soit resserré, lorsque déjà il existe une étroitesse considérable au détroit supérieur.

En donnant lieu à l'absorption du phosphate calcaire, l'ostéo-sarcose enlève aux os leur moyen de solidité et peut donner lieu, ainsi que le rachitis, à une configuration vicieuse du bassin. Ces deux vices ne diffèrent entr'eux que par l'époque à laquelle ils se développent. L'ostéo-sarcose manifeste en général ses effets dans l'âge adulte, et lorsque les os ont acquis toute leur solidité.

Quelquefois ces affections n'attaquent pas également toutes les parties du bassin : on a observé, par exemple, que l'articulation d'un côté peut être plus affectée que celle de l'autre. Si, dans ces cas, l'on tient les enfans debout, la cavité cotyloïde ramollie se porte vers la saillie du sacrum, et le bassin se trouve alors plus large d'un côté que de l'autre.

Le vice vénérien, en occasionant des exostoses dans l'intérieur du bassin, peut aussi altérer sa forme et rendre l'accouchement difficile et même impossible, ainsi que l'on en a vu des exemples (1).

---

(1) Severin Pineau rapporte qu'une femme mourut sans avoir pu accoucher, et qu'à l'ouverture du cadavre, on trouva une éminence osseuse fort grosse au côté droit du pubis. (*Lib. II, de notis virginitatis.*)

Mais je pense que ces exostoses doivent être infiniment rares; car lorsque le vice vénérien donne lieu à de semblables tumeurs, il choisit de préférence les os les plus exposés au contact de l'air extérieur, tels que la tête, les clavicules, le tibia et autres, en sorte que ce vice doit porter rarement ses effets sur le bassin, surtout dans son intérieur.

Le rétrécissement du bassin peut être naturel et dépendre de la petitesse des os qui le forment, ceux-ci étant d'ailleurs entr'eux dans des proportions convenables; ou bien, il peut dépendre d'une configuration contre-nature, effet d'un des vices dont nous venons de parler.

Le premier cas est fort rare, ainsi que l'observe M. Astruc, même chez les femmes fort jeunes et fort petites; il est plus rare encore qu'il arrive de-là aucune difficulté considérable pour terminer l'accouchement, lorsque la tête de l'enfant n'a que la grosseur ordinaire et naturelle. Il faudrait se conduire, dans ces cas, comme dans ceux où, les os du bassin ayant toute la grandeur requise, il se trouve que l'enfant a la tête trop volumineuse.

Le second cas est beaucoup plus commun et beaucoup plus grave. L'attention que l'on doit y porter doit être plus grande, si le vice de conformation existe au détroit supérieur, parce que les moyens qu'il nécessite pour terminer l'accouchement sont ordinairement beaucoup plus dangereux que ceux que l'on emploie dans les cas où le vice de conformation se trouve au détroit inférieur. Il est nécessaire de le connaître, au moins au commencement du travail, afin de pouvoir porter un jugement certain sur l'état des parties, sur les dangers qui menacent la femme, et sur les moyens qui doivent être mis en usage.

On observe des nuances infiniment petites et variées entre le plus grand et le plus petit rétrécissement de la capacité du bassin. C'est ainsi que l'on a vu des bassins avoir seulement 3 pouc., 2 pouc. $^1/_2$, 2 pouc., 10 lig., et même seulement 6, du pubis au sacrum, ainsi que l'a vu Gardien. Il a donc fallu fixer le degré d'étroitesse où doit commencer une mauvaise conformation; pour cela, il a fallu néces-

sairement comparer les diamètres ordinaires de la tête avec ceux du bassin. Ainsi l'on a reconnu que la tête de l'enfant, dans le plus grand nombre de cas, a 3 pouces $^1/_2$ de diamètre d'une protubérance pariétale à l'autre ; que le diamètre antéro-postérieur du bassin est le plus souvent de 4 pouces, et l'on a fixé à 3 pouces $^1/_2$ le premier degré d'étroitesse du bassin. L'expérience est venue ensuite à l'appui de ce calcul : on a vu que lorsque le diamètre antéro-postérieur n'avait que 3 pouces $^1/_2$ de longueur, la femme accouchait avec difficulté ; que lorsqu'il avait 3 pouces, l'obstacle était plus grand. On a vu cependant des accouchemens naturels à 3 pouces moins $^1/_4$, et MM. Solayrés et Baudelocque ont été témoins que des femmes se sont délivrées avec facilité, quoique le bassin n'eût que 2 pouces $^1/_2$ du pubis au sacrum; mais ces cas sont si rares, et tiennent à des circonstances si sujètes à varier, que l'on ne doit pas y compter. C'est ainsi que la souplesse extrême des os du crâne, la laxité des sutures, l'écartement simultané des trois symphyses, et surtout la manière avantageuse dont se présente la tête de l'enfant, peuvent encore, très-rarement, donner lieu à cet évènement heureux; mais malheureusement il n'en est pas toujours ainsi, et lorsque cela arrive, la mère et l'enfant ne sont pas à l'abri de tout danger. Chez la mère, les parties molles sont comprimées, froissées ; les douleurs sont très-vives et les inflammations qui succèdent se terminent quelquefois par la suppuration et la gangrène. Chez l'enfant, dit Gardien, les os du crâne chevauchent les uns sur les autres ; quelquefois même ils se fracturent, ce qui l'expose à des engorgemens et à des épanchemens dans l'intérieur du cerveau.

Au-dessous de 2 pouces $^1/_2$ de diamètre antéro-postérieur, l'accouchement est jugé impossible, quelles que soient l'augmentation que puisse recevoir le bassin par la déduction de toutes les symphyses, et la diminution que puisse éprouver la tête de l'enfant. D'après le mémoire de M. Thouret, cette diminution ne peut être portée qu'à 6, 7 ou 8 lignes le plus. Puisque les vices de conformation du bassin ne sont pas toujours les mêmes, et qu'ils peuvent différer entr'eux par leur siége, leur degré et leur nature, nous allons

exposer les moyens qui sont le plus généralement employés dans la plupart des cas de ces mêmes vices.

§. III.

Lorsque l'accoucheur s'est assuré, soit par le tact, soit par les instrumens que nous avons indiqués, qu'il existe, chez une femme qui ressent les douleurs de l'accouchement, un vice de conformation du bassin, il doit s'attacher aussitôt à bien connaître le siége, la cause et le degré de ce même vice, et combiner ensuite les moyens qu'il doit mettre en usage pour terminer l'accouchement.

Les trois maladies dont nous avons parlé plus haut ont pour effet d'altérer la forme du bassin, soit en dilatant une de ses parties aux dépens de l'autre, soit en le resserrant dans un seul ou dans plusieurs de ses points. C'est donc principalement au siége du vice qu'il faut avoir égard pour diriger ses moyens à propos.

Ceux-ci sont fondés (1) sur les ressources que la nature elle-même emploie pour aider le travail de l'accouchement, soit en agrandissant le passage, soit en affaissant la tête de l'enfant.

C'est l'affaissement de la tête de l'enfant que l'homme de l'art se propose d'obtenir, lorsque, par la méthode d'expectation, il abandonne la tête aux efforts de la nature pendant un temps suffisant pour qu'elle s'amollisse et qu'elle puisse ensuite se mouler.

Le médecin a en vue de dilater les parties, d'agrandir la capacité du bassin, lorsqu'il conseille les émolliens, les fumigations, les bains, les onctions, la symphyséotomie, etc.

L'on ne doit jamais oublier, dans les cas difficiles, d'encourager la femme, de la rassurer sur son état, et de lui promettre une délivrance prochaine; par ce moyen, la femme redouble d'efforts, l'accoucheur gagne du temps, et quelquefois, dans des cas désespérés, la nature qui connaît souvent mieux que nous le genre de moyens qu'il convient d'employer, opère seule l'accouchement et de la manière la plus avantageuse. C'est ainsi que j'ai vu, il y a

(1) L'opération césarienne exceptée.

quelques années, une dame de mes parentes souffrir pendant 8 à 9 jours des douleurs atroces, et faire craindre pour sa vie, lorsqu'au bout de ce terme elle accoucha toute seule d'un enfant qui avait une tête énorme.

Dans le premier degré d'étroitesse du bassin, c'est-à-dire, lorsque le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur n'a que 3 pouces et ½ d'étendue, les moyens les plus simples suffisent quelquefois pour opérer l'accouchement; ainsi les fomentations émollientes, les bains de siége, etc., peuvent produire de très-bons effets et épargner à la femme des manœuvres douloureuses et souvent meurtrières. Mais si l'étroitesse est plus considerable, il faut nécessairement employer des moyens plus énergiques; c'est ainsi que le levier a été utile dans quelques-uns de ces cas. Cet instrument a été beaucoup trop vanté par Rhoonhuisen et ses partisans, mais aujourd'hui on a réduit ses avantages à leur juste valeur. C'est surtout lorsque le bassin est resserré à son détroit inférieur, et lorsque la tête a pris une mauvaise direction, que le levier paraît être utile. Cet instrument ne peut jamais servir à extraire la tête, mais seulement à corriger certaines positions défectueuses. Ce n'est que secondairement qu'il favorise sa sortie, en abaissant l'occiput, qui est plus ou moins renversé sur le dos, sur le côté droit ou gauche de l'enfant; car le levier ne peut jamais s'appliquer que sur l'occiput, comme le prouvent la forme de la tête, celle de l'instrument et la manière d'agir de celui-ci.

Le forceps est, après le levier, l'instrument que l'on met ordinairement en usage pour opérer la sortie de la tête de l'enfant, lorsque le bassin est trop resserré. Cet instrument a le double avantage de conserver la vie à plusieurs individus à la fois, sans nuire à aucun d'eux; mais il est si fécond en inconvéniens, qu'il faut être très-versé dans la partie des accouchemens pour être en état d'en faire l'application : aussi cet instrument a-t-il peut-être fait plus de victimes qu'il n'a soustrait d'enfans à une mort inévitable. Son usage a des bornes, au-delà desquelles il devient inutile et même dangereux. Son application est soumise à certaines règles,

et c'est de l'observation de celles-ci que dépendent les avantages qu'on doit en attendre.

D'après M. Baudelocque, cet instrument ne doit être mis en usage que dans la vue d'extraire la tête; pour lors, ses avantages et ses inconvéniens sont en raison du rapport qui existe entre les dimensions de cette partie et celles du bassin. Ses avantages sont surtout bien évidens lorsqu'il s'agit d'ajouter ou de suppléer aux forces de la mère au moment de l'accouchement. Le forceps alors, bien dirigé, ne porte aucune atteinte à la mère ni à l'enfant.

La plupart des auteurs, surtout dans le principe, n'ont employé le forceps que lorsque la tête de l'enfant était descendue dans le fond du bassin, ou qu'elle s'y trouvait engagée au moins d'un tiers ou de la moitié de sa longueur; mais bientôt ils prirent plus de hardiesse, ils s'écartèrent de cette règle, et firent usage du forceps lorsque la tête était encore au-dessus du détroit supérieur. Smellie est le premier qui ait connu la possibilité d'aller aussi loin; il a même fait voir qu'il était plus facile de l'appliquer alors, que quand la tête est engagée dans le détroit supérieur, et il recommande de repousser entièrement la tête au-dessus du rebord du bassin, pour conduire ensuite plus facilement les branches du forceps sur les oreilles de l'enfant. Mais Smellie ayant comparé ensuite les avantages et les inconvéniens de cette méthode, et ayant observé que ces derniers étaient plus nombreux que les autres, ne la conseille pas ouvertement.

On a le plus souvent recours au forceps pour éviter des opérations dont le succès serait encore plus douteux.

On ne doit pas toujours se promettre d'amener l'enfant vivant au moyen de cet instrument, si le bassin n'offre que 3 pouces moins quelques lignes de petit diamètre; et l'usage en est dangereux lorsque ce diamètre a moins d'étendue encore. Il faudra donc, dans ces cas, avoir nécessairement recours à d'autres opérations; la section du pubis ou l'opération césarienne sont alors les seuls moyens à employer, avec l'espoir de conserver la vie à la mère et à l'enfant. Peut-on parler de deux opérations aussi cruelles et aussi

souvent funestes, sans s'attendrir sur le sort malheureux de ces femmes infortunées qui doivent les subir? Que l'on serait rarement réduit à employer ces tristes ressources de l'art des accouchemens, si l'on avait fait connaître aux filles contrefaites le danger qu'elles couraient en s'engageant dans les liens du mariage! Aucune, sans doute, ne voudrait devenir mère, si elle savait que, pour jouir des douceurs de l'hymen, elle sera obligée de subir une de ces deux opérations, ou de se voir dans la pénible et cruelle nécessité d'exiger qu'on mutile dans son sein son fruit encore vivant.

Il est vrai que l'on nous cite tous les jours des cas où l'on a pratiqué heureusement ces opérations; les livres fourmillent en exemples de ce genre. Mais combien de cas malheureux dont on ne parle pas, et qui pourraient pourtant beaucoup servir à notre instruction! Ces derniers sont, sans doute, beaucoup plus nombreux que les autres, et cela paraît d'autant plus vraisemblable, que plusieurs auteurs ont absolument rejeté l'une et l'autre de ces opérations; mais si les uns sont tombés dans l'erreur en les conseillant dans tous les cas, les autres n'y sont pas moins tombés en les rejetant absolument. C'est d'après l'état particulier de la malade, que le praticien instruit juge de ce qu'il doit faire.

L'opération césarienne, que M. Gardien a désignée plus convenablement par l'expression de gastro-hystérotomie, consiste à ouvrir à l'enfant contenu dans le sein de sa mère, à travers l'abdomen et le tissu même de la matrice, une autre voie que celle que la nature lui avait destinée.

Il est impossible d'assigner l'époque à laquelle cette opération a été pratiquée pour la première fois; il est certain qu'elle était en usage dans les temps les plus reculés, pour extraire l'enfant du sein de sa mère, lorsque celle-ci était morte avant l'accouchement; en sorte que, dans les premiers temps, on ne la pratiquait que sur les femmes déjà privées de la vie, parce qu'on la regardait comme nécessairement mortelle: aussi Moriceau et tous les praticiens de son temps regardaient comme des fables les cas d'opérations césariennes, dans lesquelles on disait que la femme avait survécu. Denman

regarde cette opération comme si funeste, qu'il voudrait qu'on n'y eût recours que lorsque le bassin est vicié à tel point qu'il ne pourrait permettre l'issue de la tête de l'enfant, même après avoir vidé le crâne. Cependant, quelque dangereuse que soit la gastro-hystérotomie, on ne doit pas la regarder comme essentiellement mortelle. Dans les recherches de Simon, t. I et II de l'académie de chirurgie, on voit que Sonnius, médecin de Bruges, au rapport de Rhoonhuisen, la fit sept fois sur sa femme; il cite plus de soixante exemples dans lesquels on voit que la femme a survécu à l'opération. Tenon, chirurgien de la Salpêtrière, assure que, depuis que l'opération césarienne a été pratiquée par Bauhin, on avait sauvé 70 femmes à l'Hôtel-Dieu de Paris, par ce même moyen. Veydeman, de Dusseldorf, a rassemblé dans une thèse l'histoire de tous les cas d'opération césarienne qui ont été pratiqués depuis 1750; et il a remarqué que, sur 70 observations recueillies par Baudelocque, 24 ont été faites avec succès pour la femme; cette opération a réussi deux fois à Lauverjeat. On doit rappeler surtout les deux observations qui ont été faites à Nantes depuis peu d'années, et sur la même femme, par M. Baqua. Enfin, M. Dariste aîné, médecin distingué à la Martinique, et recommandable par ses talens et sa bonne-foi, m'a assuré, les vacances dernières, avoir pratiqué pendant deux fois la gastro-hystérotomie sur la même femme, et avec tant de succès, que la femme et les deux enfans étaient encore vivans. Il faut conclure de tout ce que nous venons d'exposer, que si l'opération césarienne est extrêmement grave et dangereuse, elle n'est pas toujours sans espoir de succès, puisqu'il est bien prouvé que plusieurs ont été faites sur la même femme, sans que la mort en ait été la suite.

Cependant, comme il est de fait que la gastro-hystérotomie a été funeste au plus grand nombre de femmes chez lesquelles on l'a pratiquée, l'on a cherché de tout temps des moyens pour l'éviter.

Severin Pineau paraît être le premier qui ait conçu l'idée d'agrandir le bassin, dans la vue de faciliter l'accouchement, en coupant la symphyse du pubis sur la femme vivante. Sigault soutint, en 1773,

aux écoles d'Angers, une thèse ayant pour titre: *An in partu contra naturam, sectio symphyseos ossium pubis, sectione cæsariâ promptior et tutior?* Il pratiqua, en 1777, cette nouvelle opération sur la femme Souchot, et aussitôt l'Europe entière retentit du nom de son auteur. Cette opération a eu beaucoup de partisans et plus encore de détracteurs; mais, sans entrer dans les discussions qui ont eu lieu à ce sujet, il est de fait que la symphyséotomie paraît être utile et même indispensable dans plusieurs cas; par exemple, 1.° lorsque la tête de l'enfant a franchi avec beaucoup de peine le détroit supérieur qui est resserré, et qu'elle ne peut pas traverser le détroit périnéal par les efforts de la nature ni par le moyen du forceps.

2.° Lorsque la tête a franchi l'orifice de la matrice, et que le détroit inférieur est si resserré, qu'il s'oppose à ce qu'elle puisse sortir par les seuls efforts de la nature, ou à ce qu'elle puisse être entraînée en appliquant le forceps sur ses parties latérales.

3.° Dans le cas d'enclavement de la tête, suivant sa longueur ou son épaisseur, et qu'il y aurait impossibilité d'en faire l'extraction au moyen du forceps.

4.° Dans le cas où les pieds se sont présentés les premiers à l'orifice de la matrice, et qu'ils se sont engagés, ainsi que le tronc, de manière que la tête est parvenue dans l'excavation; là elle peut trouver un obstacle insurmontable à sa sortie, par l'étroitesse de l'un ou de l'autre diamètre du détroit inférieur, si le rétrécissement est si considérable, que le forceps ne puisse pas déprimer la tête suffisamment pour vaincre la disproportion qui existe.

5.° Lorsque l'enfant se présente par les pieds et que la tête se trouve assez étroitement engagée dans le détroit supérieur, entre le sacrum et le pubis, pour qu'on ne puisse pas l'entraîner avec le forceps, ou la remonter à l'aide de ce moyen au-dessus de la marge du bassin; dans ce cas, ainsi que dans ceux que je viens de citer, et plusieurs autres analogues, la symphyséotomie est la seule ressource que l'art puisse offrir à la femme, pour assurer ses jours et ceux de l'enfant. La gastro-histérotomie ne saurait la remplacer, et

elle serait plus nuisible qu'utile ; mais, dans tous les autres cas, je pense que l'opération césarienne doit avoir la préférence. Si l'on était bien sûr que l'enfant fût mort dans le sein de sa mère, il faudrait éviter à celle-ci les douleurs effrayantes et les dangers qui sont la suite inévitable de ces opérations terribles ; il faudrait alors morceler l'enfant et le retirer au moyen des crochets.

Nous avons dit plus haut que le bassin peut se trouver plus large d'un côté et plus resserré de l'autre : on conçoit que si, dans ce cas, l'occiput répondait au côté du bassin le plus large, l'accouchement pourrait se faire par les seuls efforts de la mère ; mais que si, au contraire, l'occiput répondait au côté du bassin le plus resserré, il ne pourrait sortir que par les secours de l'art. Les docteurs Saccombe et Gardien conseillent alors d'aller chercher les pieds : la version de l'enfant, disent-ils, fait sortir l'occiput du côté opposé.

Les bornes que je me suis prescrites ne me permettent pas d'étendre davantage mon sujet. Je prie les illustres Professeurs de cette École, mes juges, de prendre en considération les difficultés nombreuses que mon travail présente, et de vouloir bien m'honorer de leur indulgence paternelle.

FIN.